

## Stellungnahme der Aktion Psychisch Kranke am 23. Juni 2016 zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit

### „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)“

---

Die Aktion Psychisch Kranke tritt für ein gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem ein, in dem Krankenhäuser als Teil eines regionalen Versorgungsnetzes in engem Verbund mit anderen Hilfsangeboten regional die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherstellen. Dieses Ziel resultiert u.a. aus den Empfehlungen der Expertenkommission (1988) und der Psychiatrie-Enquête (1975). Mit den Vorgaben der Psych-PV wurden die Krankenhäuser in die Lage versetzt, moderne psychiatrische Behandlungsmethoden in den Kliniken einzuführen, Psychiatrie zu humanisieren und sich an den regionalen Versorgungsnetzen aktiv zu beteiligen.

Die Reform der Finanzierung von Krankenhausbehandlung ist nach 25 Jahren notwendig zur Anpassung der Psych-PV - oder einer Nachfolgeregelung - und der BPflV an die neuen Anforderungen und Rahmenbedingungen seit 1991.

Deshalb begrüßt die APK den Gesetzentwurf zum PsychVVG (19. Mai 2016) als wichtigen Schritt in die richtige Richtung, schlägt aber Verbesserungen vor, um das Erreichen der Ziele des Gesetzentwurfs zu sichern.

#### Wesentliche Fortschritte sind:

- Im Unterschied zum bisherigen PEPP-System verfolgt das neue Finanzierungssystem auch das Ziel, die psychiatrische Versorgung weiter zu entwickeln und schafft dafür erforderliche Grundlagen. Das verdeutlicht bereits die Reihenfolge der Begriffe im Titel des Gesetzes: „Versorgung“ zuerst - danach „Vergütung“. Damit fördert der Gesetzentwurf innovative Versorgungsansätze und hebt sich positiv von bisherigen reinen Kostendämpfungsgesetzen ab.
- Das Psych-Entgeltssystem soll als krankenhausesindividuelles **Budgetsystem**, auf der Grundlage von „verbindlichen Mindestvorgaben“ für die personelle Ausstattung und unter Berücksichtigung von strukturellen Besonderheiten in der Leistungserbringung durch die einzelnen Kliniken in der Region ausgestaltet werden.
- Anstelle der bisherigen schematischen Konvergenz zu landeseinheitlichen Preisen soll die **Verhandlungsebene vor Ort** gestärkt werden, mit dem Ziel, die Besonderheiten

der regionalen Versorgung und der Vielfalt der dort vereinbarten Lösungsansätze zu berücksichtigen.

- Zur Unterstützung der örtlichen Verhandlungen soll als Transparenzinstrument ein Krankenhausvergleich entwickelt werden.
- Der Dokumentationsaufwand soll vermindert werden.

### Schwerpunkte im Einzelnen:

- Ausgestaltung des Entgeltsystems als Budgetsystem.

Ein Budgetsystem mit krankenhausesindividuellen Budgets sichert die stationäre psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung mit seinen regionalen Besonderheiten und stärkt die Vernetzung und Einbindung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen in die gemeindenahen Versorgungsstrukturen in den Kreisen und Kommunen.

- Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten

Große Krankenhausstandorte wurden in den letzten Jahren systematisch dezentralisiert, um gemeindenahere, erreichbare Angebote auch im teil- und vollstationären Bereich sicher zu stellen. Die Dezentralisierung hat entscheidend zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen beigetragen und war die Voraussetzung für die regionale Einbindung der Kliniken in die regionalen gemeindepsychiatrischen Verbände. Das vorgeschlagene Budgetsystem erlaubt es, diese strukturelle Besonderheit auch weiterhin sicher zu stellen und die mit einem Preissystem verbundenen Anreize zur Konzentration und zum Rückzug aus der gemeindenahen Versorgung zu verhindern.

- Krankenhaus-Vergleich als Transparenzinstrument

Über eine transparente Darstellung der Leistungen und der Strukturen wird Vergleichbarkeit hergestellt und es werden wichtige Anreize zur Weiterentwicklung der Versorgung geschaffen.

*Die Begrenzung des Vergleichs auf Kosten ist jedoch nicht zielführend. Die Verwendung der herkömmlichen Falldefinition (und Verweildauer) ist in einer sektorenübergreifenden Betrachtungsweise nicht mehr zielführend. Sinnvoll sind Parameter, die die Behandlungsleistungen und -kosten im Sinne von individuell flexibilisierten Behandlungspfaden personenbezogen abbilden, z. B. kumulierte Behandlungsdauer (Setting übergreifend), sektorenübergreifende Jahresbehandlungskosten oder Jahres-DMI.*

*Das Instrument Krankenhausvergleich sollte genutzt werden, um auch wichtige Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter, sowie sektorenübergreifende Kennzahlen*

*und Besonderheiten der Region darzustellen. Die Selbstverwaltung sollte deshalb den Auftrag erhalten, entsprechende Parameter zu entwickeln.*

*Der Transparenzvergleich sollte für die Vertragspartner vor Ort als Orientierung und nicht als verbindliche Grundlage dienen. Durch die im Entwurf gewählte Formulierung wird jedoch dem angestrebten Budgetsystem ein Preissystem mit landes- und sogar bundeseinheitlichen Preisen „vorgeschaltet“. Jede strukturelle Besonderheit, die von diesen Einheitspreisen abweicht, muss in einem bürokratischen, völlig sach- und fachfremden Verfahren a priori vom InEK als übergeordnete Instanz genehmigt werden. Regionale strukturelle Besonderheiten werden zu Zu- und Abschlägen auf Einzelleistungen – wie aus dem DRG System entliehen – statt direkt im Budget berücksichtigt. Echte Strukturmerkmale wie dezentrale Versorgungsstruktur, regionale Versorgungsverpflichtung, Vernetzung im Gemeindepsychiatrischen Verbund und ähnliche Vorhalteleistungen lassen sich so nicht abbilden, ebenso wenig wie die Finanzierung der Feuerwehr nach der Anzahl und Dauer der Brandeinsätze.*

*Die beabsichtigte Stärkung der örtlichen Verhandlungsebene wird konterkariert.*

- Verbindliche Mindestvorgaben zur Personalausstattung

Die vorläufige weitere Gültigkeit der Psychiatrie- Personalverordnung - bis zu ihrer Ablösung durch verbindliche Mindestpersonalstandards, die bis 2020 durch den GBA zu entwickeln sind, - ist eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherstellung der Leistungsfähigkeit und Qualität der psychiatrischen Krankenhäuser. Der Ansatz wird von uns ausdrücklich begrüßt.

Für die Psych-PV und ab 2020 für die neue – nach GBA Vorgaben (§136a Abs.2 SGB V) festgelegte und von den Kassen finanzierte – Personalausstattung ist von den Krankenhäusern per Testat die Mittelverwendung durch den Wirtschaftsprüfer nachzuweisen. Dieses Verfahren soll transparent machen, dass die Mittel für therapeutisches Personal zweckbestimmt verwendet werden. Dabei ist zu unterscheiden: (a) Die Information ermitteln (die es bisher nicht gibt!), inwieweit die im jeweiligen Jahr geltenden Mindestvorgaben erfüllt werden. (b) Rückforderungen dürfen aber nur für ein Jahr in Frage kommen, wenn zuvor im Budget eine realistische Finanzierung der vereinbarten Personalstellen vereinbart wurde. Dies war bisher in der Vergangenheit die Ausnahme.

- Kalkulation auf empirischer Datengrundlage

Die Koppelung der empirischen Kalkulation an die Erfüllung von Qualitätsvorgaben stellt sicher, dass das neue Abrechnungssystem nicht zu einer Absenkung der derzeitigen Qualität durch Durchschnittsbildung auf mittlere Niveaus und über

Treppeneffekte zur Absenkung der Qualität der Behandlung führt. Die Koppelung ist eine unabdingbare Voraussetzung, um mit dem neuen System die psychiatrische Versorgung zukunftsfähig und leistungsfähig zu halten.

- Stärkung der sektorenübergreifenden Versorgung durch die Einführung von Hometreatment bzw. stationsäquivalenter Behandlung

Hometreatment bzw. stationsäquivalente Behandlung ist eine wichtige zusätzliche Behandlungsoption, die sicherstellt, dass der weitere bedarfsgerechte Ausbau der psychiatrischen Versorgung möglichst auch Patienten erreicht, die psychiatrische Krankenhausbehandlung in der bisherigen Form ablehnen und die sonst unter Umständen gerichtlich eingewiesen werden. Außerdem sollen die zunehmend aus dem ambulanten Bereich kommenden Patienten möglichst nicht Anlass für zusätzliche Bettenkapazitäten geben. In der derzeitigen Versorgung fehlen Zwischenstufen zu besseren Wahlmöglichkeiten zwischen der stationären und der institutsambulanten Behandlung. Das führt zu Fehlsteuerungen: Patienten werden unter- oder übertsorgt, oder ihnen wird die Behandlung an einem für sie nicht geeigneten Ort angeboten (Siehe: „... ggf. auch im Lebensumfeld des Patienten“ OPS Kap. 9 Hinweis zu 9-60f.).

Deshalb begrüßt die APK die Aufnahme der stationsäquivalenten Behandlung in den Leistungskatalog.

*Die Begrenzung des Hometreatments auf vollstationäre Äquivalenz stellt jedoch eine ungünstige Fixierung der Behandlungsintensität dar. Diese sollte flexibilisiert werden.*

*Die Anpassungsvereinbarung zum hausindividuellen Klinikbudget mit der Anwendung von „stationsäquivalenter psychiatrischer Behandlung“ muss auch die strukturelle Weiterentwicklung und nicht nur die Kosten einbeziehen.- So wird die Weiterentwicklung der Versorgung auch zur Aufgabe der Ortsebene.*

- Regelung zur Standortidentifikation von Krankenhäusern und ihren Ambulanzen

*Bei den Regelungen zur Standortidentifikation ist sicher zu stellen, dass die besonderen Strukturen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung adäquat berücksichtigt werden.*

- Wir empfehlen einen Beirat, der die Entwicklung des neuen Finanzierungssystems für Krankenhausbehandlung beratend begleitet:

*Berufung eines unabhängigen Beirats von Experten mit professioneller Kompetenz und von Experten aus eigener Erfahrung zur Begleitung des „lernenden Systems“.*

**Die APK schlägt folgende Ergänzungen und Veränderungen des Referentenentwurfs vor:**

**Artikel 1**

**Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes**

**§2a**

Bestimmung einer Definition von Krankenhausstandorten

Nach Satz 2 soll folgender Satz zusätzlich eingefügt werden: *„die Besonderheiten der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sind zu berücksichtigen.“*

Begründung: Psychiatrische Krankenhäuser nehmen eine regionale Versorgungs-  
verpflichtung wahr. Entsprechend ist ihre Struktur insbesondere in Flächenlandkreisen  
differenziert und umfasst neben den Hauptstandorten Satellitenstationen, ausgelagerte  
Stationen, Stand-Alone-Tageskliniken, allein stehende Ambulanzen, Stützpunkte für  
Hometreatment und gemeindepsychiatrische Versorgung. Die Erfordernisse und Interessen  
bei der Abgrenzung des Krankenhausstandortes differieren zwischen psychiatrischen und  
somatischen Einrichtungen erheblich. Die Einfügung des Satzes soll sicherstellen, dass  
psychiatrische Einrichtungen als kleine Krankenhausgruppe in einer Systematik adäquat  
berücksichtigt werden.

**Artikel 2**

**Änderung der Bundespflegesatzverordnung**

**§3**

Wir schlagen für die neuen Absätze (3) und (4), folgende Änderungen vor:

§3, Absatz (3), Satz 1:

*Für die Jahre ab 2020 ist für ein Krankenhaus ein Gesamtbetrag nach den folgenden  
Vorgaben zu vereinbaren. Ausgangspunkt für die Vereinbarung des Gesamtbetrages für das  
Jahr 2020 ist der nach Absatz 2, Satz 4 vereinbarte Gesamtbetrag auf das Jahr 2019,.....*

Begründung: Das neue System der Budgetfindung sollte zusammen mit den neuen Vorgaben für die Personalausstattung eingeführt werden. Der GBA ist beauftragt bis 2020 entsprechende Zahlen vorzulegen. Sinnvollerweise soll die Veränderung der Budgetfindung zum gleichen Zeitpunkt erfolgen.

#### §3, Absatz (3) Ziffer 2

„leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten“ ersetzen durch *„strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung“*

Begründung: sprachliche Verdeutlichung des Bezugs: Es geht um strukturelle Besonderheiten, die bei der Budgetfindung direkt zu berücksichtigen sind, und nicht um Abrechnungseinheiten, die auf dem Umweg über Zu- und Abschläge auf Einzelleistungen bewertet werden.

#### §3 Absatz (3) Ziffer 5

*Es wird empfohlen den gesamten Satz zu streichen und die Budgetfindung erst ab dem Jahr 2020 nach dem neuen Konzept durchzuführen.*

#### §3 Absatz (3) Satz 4

„ ... zum Beispiel in der ambulanten Versorgung, nicht möglich ist“ ersetzen durch *„...zum Beispiel in der ambulanten Versorgung nicht umgesetzt werden kann“*

#### §3 Absatz (3) Satz 6

ersetzen durch *„Entgelte, die von den maßgeblichen Vergleichswerten nach §4 deutlich abweichen, dürfen nur vereinbart werden, wenn die Verhandlungspartner schlüssig darlegen, aus welchen Gründen die Über- oder Unterschreitung notwendig ist.“*

#### §3 Absatz (4)

*Bei der Vereinbarung einer Erhöhungsrates für Tarifierhöhungen nach §9 Absatz 1 Nr. 7 des Krankenhausentgeltgesetzes sind Tarifierhöhungen im vollen Umfang zu berücksichtigen. Eine Begrenzung durch Absatz 3 Satz 4 gilt insoweit nicht.*

## §4

### Leistungsbezogener Vergleich

Absatz (1) Satz 1: Der leistungsbezogene Vergleich *unterstützt die Vertragsparteien vor Ort*

bei der Findung eines leistungsgerechten Gesamtbetrages, eines leistungsgerechten Basisentgeltwertes und leistungsgerechter krankenhaushausindividueller Entgelte, die im Rahmen der Budgetverhandlungen zu vereinbaren sind.

Absatz (1) Satz 2: „leistungsbezogene strukturelle Besonderheiten“ ersetzen durch „strukturelle Besonderheiten in der Leistungserbringung“

Absatz (1) letzter Satz: ~~„die Krankenhausleistungen und deren Vergütungen sind dabei grundsätzlich bundes- und landesweit zu vergleichen“~~ ersatzlos streichen

Absatz (1) neu: „die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Krankenhäuser entwickeln Vorschläge zur Weiterentwicklung des leistungsbezogenen Vergleichs insbesondere von Parameter zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser, sowie von sektorenübergreifenden Kennzahlen“

Absatz (2) Satz 2: ~~„sind so rechtzeitig zu übermitteln, dass sie für die Vorklärung nach §11 Absatz 5 genutzt werden können“~~ ersetzen durch „sie sind rechtzeitig zu übermitteln“

## **§ 6**

die neu eingefügten Absätze 2 und 3 ersatzlos streichen

## **§ 10**

§ 10 kann ersatzlos entfallen. Eine Vereinbarung auf Landesebene ist für einen Transparenzvergleich entbehrlich, da in einem Budgetsystem keine landeseinheitlichen Preise vereinbart werden müssen.

## **Artikel 3**

kein Veränderungsbedarf

## Artikel 4

### Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

#### §39

Zu Absatz 1 sollen in c) 2 Sätze angefügt werden. Am Ende des 2. Satzes wird das Wort „vollstationär“ verwendet.

Vorschlag: an dieser Stelle – und den analogen Stellen im Entwurf, z. B. in §115d E - das Wort „stationär“ verwenden.

Begründung: „stationär“ ist der Oberbegriff für „vollstationär und teilstationär“, „vollstationär“ schließt „teilstationär“ aus, es sei denn, beides wird in einer Aufzählung nebeneinander genannt. Sachgerecht ist die Anwendung von „stationsäquivalent“ auch auf teilstationär, wie im DIMDI-OPS 9-644 (Zusatzkode) definiert.

#### §101

Absatz (1) Satz 10

Die vorgeschlagene Ergänzung soll ersatzlos entfallen.

#### § 115 d

In Absatz 2 sollte die Einbeziehung der Patientenvertreter aufgenommen werden:  
„... Vertragsparteien im Benehmen mit den maßgeblichen medizinischen Fachgesellschaften sowie den Vereinigungen von Patienten die erforderlichen Leistungsbeschreibungen der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung zu vereinbaren.“

#### § 293

Neuer Absatz (6) Satz 8 Aufzählung 1. Nach „die Art und den Aufbau des Verzeichnisses“ wird eingefügt: „ *die besonderen Bedingung der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung sind zu berücksichtigen*“

### Aktion Psychisch Kranke e.V.

Peter Weiß, MdB  
Vorsitzender

Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz  
stellv. Vorsitzender

Dr. Dieter Grupp  
Vorstand

Prof. Dr. Heinrich Kunze  
Vorstand